TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Louis BEURNIER

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1892



Externe des hôpitaux de Paris (1880).

Interne provisoire des hôpitaux de Paris (1881).

Interne des hôpitaux de Paris (1882-1886).

Aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris (1882-1886).

Préparateur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris (1886-1887).

Chef de Clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris (1887-1890).

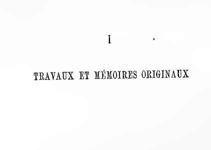
Docteur en médecine (1886).

Lauréat des hôpitaux
(3e interne ex-æquo avec le 1er et le 2e, concours 1881).

Lauréat de la Faculté (thèses 1886).

Médaille de bronze de l'Assistance publique (1886).





I

TRAVAUX ET MÉMOIRES ORIGINAUX



Recherches sur le ligament rond de l'utérus et sur l'opération d'Alexander.

L'ensemble de mes travaux sur le ligament rond de l'utérus et sur l'opération d'Alexander comprend plusieurs publications :

1° Une note insérée dans l'*Union médicale* du 6 décembre 1885 ;

2° Ma thèse inaugurale ;

3° Une revue générale publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du samedi 3 mars 1888.

I. — *Union médicale* (6 décembre 1885).

Au moment où je fis paraître cette note, j'avais depuis plusieurs mois déjà poursuivi des études sur l'anatomie du ligament rond de l'utérus et l'opération d'Alexander. Deux notes avaient paru ; l'une de MM. les Drs Tissier et Hache, l'autre de MM. Doléris et Ricard.

MM. Tissier et Hache avaient essayé d'éclaircir le dossier de l'affaire, si compliquée ainsi que je le dirai en étudiant mes travaux. A la séance de la Société clinique du 9 avril 1885, ils se prononcèrent nettement, après quelques recherches cadavériques, et dirent que la découverte de l'extrémité du ligament rond est souvent très difficile et même impossible.

Là s'étaient bornées les recherches ; quelques incisions sur le cadavre, et c'était tout. Rien n'avait plus été dit ni écrit sur la question, lorsque parut l'article de MM. Doléris et Ricard dans l'*Union médicale* du 24 novembre 1885. Ces derniers, à la suite d'investigations ayant porté sur 28 cas, confirment à peu près le jugement porté par leurs devanciers.

Au moment où parut cet article, nous avions depuis longtemps commencé nos recherches sur l'anatomie des ligaments ronds. M. le professeur Duplay, ayant résolu de pratiquer sur une ma-

lade le raccourcissement de ces ligaments, en fit plusieurs fois la découverte sur le cadavre. Cette découverte fut des plus faciles ; et, étonné de la divergence des résultats obtenus par les chirurgiens, nous entreprîmes de chercher à les expliquer et à fixer ce point d'anatomie.

Lors de la publication des travaux de MM. Doléris et Ricard, nous avions déjà expérimenté sur 62 sujets, et nous fîmes insérer dans le nº de l'*Union médicale* du 6 décembre 1885 une simple note où nous résumions les résultats que nous avions obtenus et qui, il faut bien le dire, étaient contraires à ceux des auteurs précédents.

Nous devons à la vérité de dire que, quelque temps après, parurent dans le même journal (nº du 29 décembre 1885) un nouvel article de MM. Doléris et Ricard corrigeant les opinions précédemment émises par eux. M. Doléris faisait au même moment sur ce sujet une communication à la Société d'obstétrique (séance du 10 décembre 1885). Nos excellents amis avaient spontanément reconnu le bien fondé de nos conclusions, et l'opinion générale se rallia à cette opinion.

II. — Recherches sur les moyens de fixité de l'utérus. Ligaments ronds de l'utérus. Anatomie. Physiologie. Médecine opératoire.
(Thèse inaugurable du Dr Louis Beurnier, Paris, 1886.)

Pour apprécier sainement l'importance de mes recherches, il est absolument indispensable de remonter un peu dans le passé et de voir combien étaient légères les opinions qui avaient été soutenues sur le rôle et la structure des ligaments ronds de l'utérus.

Dès une époque relativement ancienne, certains auteurs avaient tenté d'expliquer la chute de la matrice par le relâchement des ligaments.

Avicenne (De matricis exitu et pulsione, lib. III, cap. XXI), Ambroise Paré (De la précipitation ou perversion de la matrice, liv. de la génération), Guillemeau, Franco, Fabrice d'Aquapendente et Suviard avaient émis cette opinion ; mais pour eux, comme plus tard pour les auteurs du XVIIIe siècle, ce n'était qu'une hypo-

thèse toute gratuite ; ils n'en donnaient aucune preuve, et, de plus, ils parlaient tous des ligaments de l'utérus en général, en bloc, sans seulement spécifier le rôle des ligaments ronds en particulier.

Ces ligaments sont mentionnés pour la première fois d'une manière spéciale dans le livre de Boivin et Dugès, en 1833. « Les cordons sus-pelviens, disent ces auteurs, s'opposent à l'abaissement considérable de l'utérus et surtout à cette inclinaison en arrière inévitable dans le deuxième degré du prolapsus. Il faut donc les supposer alors, et à plus forte raison dans la chute complète, allongés par un relâchement maladif. »

On voit, par ce passage, que Boivin et Dugès faisaient jouer un rôle important aux ligaments ronds dans la chute de l'utérus et avaient soupçonné, sans l'indiquer d'une façon précise, celui qu'ils paraissent jouer dans la rétroflexion et la rétroversion de cet organe. Quelques pages plus loin, ils disent encore que l'allongement subi par ces cordons pendant la grossesse est une des causes du prolapsus dans l'état puerpéral (idée combattue par Le Gendre dans sa thèse d'agrégation en 1860).

Quoi qu'il en soit, jusqu'à l'époque actuelle ou tout au moins jusqu'à un moment fort rapproché de nous, personne n'avait songé que ce petit cordon pût être en butte à des tentatives opératoires. Le premier qui en fit un organe chirurgical, si je puis ainsi dire, est Alquié, qui, en 1840, proposa le raccourcissement des ligaments ronds pour la cure des rétroversions et des prolapsus de la matrice. Dans la séance de l'Académie de médecine du 17 novembre 1840, ce savant, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, présenta un mémoire « Sur une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice ». (*Bull. de l'Acad.*, 1840, t. VI.)

Une commission, composée de Villeneuve et de Baudelocque, fut nommée pour examiner ce travail et très probablement ne fit aucun rapport sur ce sujet, car on ne trouve, ni dans les *Bulletins de l'Académie*, ni dans les Mémoires de ce corps savant, aucune autre mention relative au mémoire d'Alquié. Ainsi donc la nouvelle méthode n'eut pas de retentissement dans le monde scientifique, et l'on ne peut savoir si son auteur l'a employée sur le

vivant ou si son mémoire, aujourd'hui introuvable, reposait seulement sur des recherches cadavériques ou sur des données purement théoriques.

D'autre part, Aran, attribuant à ces mêmes ligaments le rôle, non seulement de suspendre l'utérus, mais d'en attirer le fond en avant, avait songé à appliquer l'opération d'Alexander à la cure de la rétroflexion, sans toutefois tenter l'opération.

Néanmoins, bien qu'il paraisse n'y avoir pas eu de tentatives opératoires sur le vivant, les idées d'Alquié et d'Aran sont les premiers vestiges d'une application physiologique et chirurgicale faite aux ligaments ronds; mais elles passèrent presque inaperçues, ou, si l'on s'en occupa, ce ne fut que pour les condamner sans procès, et le ligament rond retomba dans l'oubli dont il avait vainement essayé de sortir.

Ce furent les Allemands et surtout les Anglais qui se chargèrent de l'en tirer. Freund, en effet, reprit la question, ainsi que l'apprend le Dr Heinrisch Fritsch (*Deutsche chirurgie, lieferung* 59, 1885, Die lageveranderungen und die Entzündungen der Gebärmutter) et pense quelque bien de l'opération.

En Angleterre, Walter Ravington (*Medical press. and circular*, 1872 et *British medical Journal*, 28 février 1885), chirurgien à London Hospital, qui l'avait proposée dès 1869 pour les prolapsus, réclame ses droits; d'autre part, le Dr Deneffe, professeur à Gand, prétend l'avoir le premier exécutée.

Cette question de priorité, traitée amplement ailleurs, a été établie en faveur du Dr William Alexander (de Liverpool), qui l'expose tout au long dans un important mémoire paru dans le *Medical and Times Gazette*, 1er avril 1882). Ce chirurgien pratiqua pour la première fois sur le vivant le raccourcissement des ligaments ronds, dans le but de guérir une femme atteinte de prolapsus de l'utérus. Le 4 avril 1882, il publiait ses quatre premiers succès, et, dans un livre de 1884, on trouve l'histoire de vingt-deux malades opérées par lui et d'autres cas appartenant aux Drs Moefie Campbell, Lediard, Imlach et Burton.

Si on lit les travaux de ces différents auteurs, on constate facilement que tous n'ont traité la question qu'au point de vue pure-

ment opératoire. Aucun d'eux n'a songé à revoir l'anatomie de ce ligament, si écourtée partout, à en indiquer exactement la structure et à chercher si l'on ne pourrait pas déduire de ces données des considérations physiologiques utiles. C'est cette lacune que nous avons entrepris de combler et qui nous a engagé à publier en 1888, sur ce sujet, notre thèse inaugurale, toute d'actualité, étant données les discussions récentes entre les chirurgiens et même entre les anatomistes.

Notre chapitre d'anatomie comprend plusieurs parties. Tout d'abord nous donnons un aperçu général de l'anatomie descriptive de ce ligament d'après les auteurs classiques ; nous n'insisterons donc pas sur ce point. Puis nous faisons suivre cette étude de nos recherches personnelles, que nous résumons aussi brièvement que possible.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Le premier point intéressant à étudier est celui des rapports du ligament rond avec les muscles petit oblique et transverse de l'abdomen. Après avoir incisé et rabattu la toile fibreuse très distincte qui, de même que cela a lieu chez l'homme pour l'ensemble du cordon, entoure le ligament rond, deux choses frappent la vue : d'abord les fibres des muscles petit oblique et transverse de l'abdomen dirigées vers la partie antérieure et, de plus, au-dessous, des fibres dirigées d'une façon particulière. Ces fibres forment un petit faisceau musculaire décomposé nettement en deux parties par une ligne celluleuse. De plus, il est séparé de la masse charnue des muscles précédemment indiqués par un petit triangle à base interne rempli de tissu cellulaire lâche entremêlé de quelques lobules adipeux. La base de ce petit triangle, tournée en dedans, mesure environ 1 centim. Nous attirons l'attention sur cette description.

A la partie externe, ce faisceau se condense pour aboutir à un petit tendon qui va s'insérer à la face supérieure de l'arcade de Fallope, un peu en dehors de sa partie moyenne. Il part manifestement d'une part de l'épine pubienne et aboutit d'autre part à la

paroi inférieure du canal inguinal, de façon que, d'après ses insertions, il serait permis de l'appeler inguino-pubien. Mobilisant un peu ce faisceau et le relevant, on aperçoit au-dessous et en arrière un cordon arrondi situé sur l'arcade, entouré de veines d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche de la partie inférieure et interne : ce n'est autre chose que le ligament rond.

On voit alors ce ligament s'enfoncer isolé dans la profondeur du canal inguinal pour pénétrer dans l'intérieur de la cavité abdominale. Enfin, dernier détail, on constate toujours la présence d'un lobule adipeux allongé dans le sens de l'arcade, tout près d'elle, au-dessous et un peu au-devant du ligament. Il constitue un point de repère précieux dans l'opération.

Toutes ces recherches anatomiques n'avaient été faites par personne et nous sont absolument personnelles. On peut vérifier ces dispositions sur des coupes pratiquées au moyen du microtome à congélation sur le canal inguinal enlevé tout entier, avec son contenu, sur des sujets frais.

Jamais, jusqu'à ces derniers temps, où l'opération d'Alexander-Adam fit quelque bruit parmi les chirurgiens, on n'avait pensé à examiner attentivement la partie inguinale du ligament et surtout son extrémité extra-inguinale.

C'est encore nous qui avons fait l'anatomie de cette partie du ligament et donné les règles de sa découverte, comme on dit en médecine opératoire. Nous ne revenons pas sur les discussions que j'ai étudiées dans le § I à propos de ma note dans l'*Union médicale* ; nous dirons seulement que nos expériences ont porté sur 90 cas, sur des sujets de toute sorte, dont nous avons publié le tableau, et nous nous résumerons en disant que la recherche de l'extrémité extra-inguinale du ligament rond n'a jamais constitué une véritable difficulté opératoire. Dans l'immense majorité des cas, j'ai trouvé, après avoir fait les délabrements nécessaires, cette extrémité sous la forme d'un cordon unique, situé au milieu de la boule graisseuse et se divisant au sortir de cette boule en plusieurs filaments pour aller aboutir aux points que j'ai précisés plus haut. Quelquefois cependant, il est vrai, le ligament est à ce niveau presque dissocié ; il se présente sous la forme de plusieurs fila-

ments, mais parfaitement reconnaissables, ressemblant à de petits tendons. Ces filaments appartiennent non pas aux muscles abdominaux, mais bien au ligament rond, ainsi qu'on peut le voir en poussant la dissection plus loin en arrière, où on découvre toujours le cordon formé par leur réunion. On trouvera donc toujours infailliblement le corps du ligament, qui n'atteint son maximum de volume que vers la jointure de la moitié inférieure avec la moitié postérieure du canal ou un peu en avant de ce point.

Le second point que nous avons voulu vérifier avait rapport au *péritoine*. On sait que la séreuse forme un repli, un véritable cul-de-sac autour du ligament rond à l'orifice interne du canal inguinal. Ce cul-de-sac est-il normalement très adhérent au ligament et s'invagine-t-il avec ce ligament lorsqu'on exerce une traction sur ce dernier ? Telle était la question débattue, que nous avons résolue par la négative pour les cas normaux, je veux dire pour les cas où il n'y a pas eu d'inflammation antérieure en ces régions. Le cul-de-sac sur des parties normales devient à peine plus profond par la traction sur le ligament. Dans les cas d'inflammation d'ailleurs, l'opération est contre-indiquée.

Je ne m'étends pas sur les recherches relatives aux *dimensions* du ligament rond suivant la position de l'utérus.

Quant à la *structure*, je dirai seulement que les fibres musculaires striées décrites comme appartenant au ligament rond lui sont simplement accolées et dépendent du muscle inguino-pubien, et que des tractions exercées sur ce ligament suffisent à ramener en bonne position un utérus dévié, pourvu qu'il soit mobile. Enfin, l'utérus ainsi déplacé reste dans la position qu'on lui a donnée.

La *résistance* et l'*élasticité* de l'organe sont à ce propos complètement étudiées dans mon travail. La limite de traction est fixée : traction minima, 400 grammes. On aura donc, en agissant sur les deux ligaments, un total de traction de 800 grammes, puissance bien plus que suffisante pour redresser un utérus mobile, puisque dans ce cas 500 grammes sont absolument efficaces.

Le point le plus faible est le point de réflexion sur l'orifice inguinal interne.

Il n'y a aucun risque de rupture, puisqu'une grande partie de l'effort est faite par le doigt de l'aide introduit dans le vagin.

Le poids de l'utérus ne dépassant pas 50 grammes, les ligaments ronds ont toujours une solidité plus que suffisante pour le maintenir. Il faudra néanmoins toujours, par prudence, exercer les tractions, non sur la portion terminale, mais sur la portion inguinale des ligaments.

Le ligament rond est un organe essentiellement élastique et vasculaire.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Le raccourcissement du ligament rond comprend deux points :

1° La découverte du ligament rond ;

2° Le raccourcissement de ce ligament une fois trouvé.

1° La découverte doit être faite par le procédé d'Imlach modifié par M. le professeur Duplay. On fait une incision partant de l'épine du pubis et suivant la direction de l'arcade de Fallope sur une étendue de 4 ou 5 centimètres suivant les sujets. On sectionne la graisse, puis on reconnaît l'aponévrose du grand oblique et l'orifice externe du canal inguinal, qu'on ne confondra pas avec les fentes pouvant exister entre le pilier externe et l'arcade de Fallope ou même sur le pilier externe. Au niveau de cet orifice on découvrira la bande graisseuse, et on disséquera le ligament rond dans son intérieur. Cette dissection est parfois assez laborieuse, parce que cette graisse est très adhérente, et il faut s'armer de patience et isoler à petits coups le tissu cellulo-adipeux avec un instrument mousse.

Quelquefois cette boule graisseuse n'est pas très nette sur les femmes très grasses ; alors il faut saisir la masse adipeuse située au-devant de l'orifice inguinal.

Une fois en possession du ligament rond, on place sur son extrémité une pince à forcipressure, puis on procède à son raccourcissement. Pour cela il faut procéder en quatre temps :

1° Isoler avec soin le ligament rond de tous les tissus avoisinants en écartant ou sectionnant les tractus fibreux qui le relient aux

parois, surtout à la paroi inférieure du trajet inguinal et que j'ai le premier mis en évidence ; ce temps nécessite quelquefois le débridement du canal inguinal, si les brides se prolongent dans sa partie profonde.

La suture de la paroi antérieure débridée doit alors être pratiquée.

La dénudation doit être poussée le plus loin possible et être faite en arrêtant à mesure l'hémorrhagie.

2° Pour éviter que, dans des cas exceptionnels, la séreuse soit atteinte, il est utile de jeter sur la partie la plus reculée de la portion inguinale, mise à nu, du ligament rond une ligature peu serrée au catgut pour provoquer des adhérences.

3° Le doigt de l'aide, introduit dans le vagin et agissant en sens différent suivant que l'on a affaire à un prolapsus ou à une rétrodéviation, et à la suite le chirurgien opèrent la mise en place de l'utérus, toujours avec une grande douceur.

On agit de même sur le côté opposé.

4° On fait la suture au catgut d'ordinaire. L'extrémité du ligament est conservée ou réséquée de préférence.

L'opération est terminée par la suture superficielle.

Il est inutile d'ajouter que la méthode antiseptique doit être pratiquée dans toute sa rigueur.

Il est bon de laisser un pessaire (de préférence un pessaire de Gariel) pendant au moins trois semaines, et la malade le gardera pendant les premiers jours où elle se lèvera.

III. — **Étude sur les ligaments ronds de l'utérus et sur leur raccourcissement (opération d'Alexander).** *Gazette des hôpitaux,* samedi 3 mars 1888. Revue générale.

Dans cet article, après avoir exposé les conclusions du travail précédent, je montre que l'opération d'Alexander, rationnelle au point de vue anatomique et au point de vue physiologique, est aujourd'hui une opération réglée, comme on dit en chirurgie, aussi réglée que la ligature de l'artère fémorale ou l'amputation de jambe au lieu d'élection.

Ensuite, j'étudie les *indications*, les *dangers* et les *résultats*.

L'opération a été faite dans les cas de prolapsus et dans les cas de rétroflexion ou de rétroversion.

Indications. — Dans le *prolapsus*, ce sont la difformité, les souffrances souvent pénibles et l'impossibilité de maintenir l'utérus par un appareil tel qu'un pessaire ou la gêne et les ennuis constants qu'en occasionne l'application. L'âge jeune ou moyen de la malade est une contre-indication à l'opération souvent efficace du cloisonnement du vagin.

Dans les rétro-déviations, ce sont les douleurs qui se produisent le plus souvent, l'impossibilité pour la malade de se livrer à ses occupations et même de marcher ou de rester assise.

Le point le plus important est de s'assurer que l'utérus est mobile. L'immobilité est une contre-indication absolue (utérus maçonné).

Dangers. — Ils sont très minimes, si l'on a soin de parer à mesure à l'hémorrhagie (surtout veineuse), et de prendre toutes les précautions antiseptiques. — La blessure du péritoine est exceptionnelle.

Sur un total de 124 opérations indiquées dans le travail de M. Manrique, il n'y a eu qu'un seul cas de mort, une infection purulente en Angleterre.

Résultats. — 19 opérations contre les *prolapsus* auraient été pratiquées depuis assez longtemps pour être justiciables de la critique, 4 seulement ne sont pas entièrement satisfaisantes. Nous donnons dans notre article, l'histoire de tous ces cas.

Sur 37 opérations pratiquées par Alexander contre les rétro-déviations, 27 fois il a pu constater, à longue échéance, le résultat du raccourcissement du ligament rond. Les dix autres malades n'avaient point été revues.

Les deux malades opérées par M. le professeur Duplay lors de la rédaction de notre article avaient complètement guéri de leur infirmité, ainsi que la malade de M. le professeur Le Fort.

Au congrès de Washington, les gynécologistes ont communiqué plus de cent cas, en immense majorité heureux.

Enfin, cette opération a été adoptée par un grand nombre de

chirurgiens. MM. Terrillon, Berger, Pozzi, Gérard-Marchant, Doléris, le regretté professeur Trélat, en ont tous fait un grand nombre, soit comme seul traitement, soit en l'associant à d'autres interventions destinées à rétablir l'intégrité du support pelvien, et la solidarité anatomique des diverses portions de l'appareil utérin.

Un dernier point à signaler, est qu'on a observé la grossesse après l'opération d'Alexander et qu'elle a suivi sa marche normale (1 obs. d'Alexander et 2 obs. d'Imlach); d'où l'on est en droit de conclure que les ligaments ronds raccourcis obéissent, pendant la grossesse, à la loi d'accommodation des organes pelviens à la présence du fœtus, comme lorsque aucune tentative opératoire n'a été faite sur ces cordons.

Étude historique et critique sur la nature des tubercules sous-cutanés douloureux. *Archives générales de médecine*, août et septembre 1884.

Cette étude nous a été inspirée par l'observation d'un malade, auquel M. Blum enleva un tubercule sous-cutané douloureux, situé à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du bras droit, développé depuis six ans, et se présentant sous la forme d'une élevure rouge, du volume d'une petite lentille, non réductible et de consistance molle. Cette tumeur, qui cliniquement donnait lieu à tous les symptômes classiques en pareil cas, fut reconnue pour un angiome à l'examen macroscopique, fait qui fut confirmé par l'analyse microscopique pratiquée par notre ami Suchard. M. Suchard conclut à un angiome simple, avec inflammation des glandes sudoripares voisines. « La question de savoir, ajoute-t-il, si la prolifération glandulaire a précédé la dilatation des vaisseaux ne peut être résolue par l'anatomie pathologique. »

Après des développements historiques sur cette singulière affection, depuis Ant. Petit, Cheselden, Camper et Wood jusqu'à nos jours, et après l'analyse de la plupart des observations publiées, nous résumons le bilan des tubercules sous-cutanés douloureux, et nous concluons que les observations ne s'accordent nullement sur la nature anatomique des tubercules sous-cutanés douloureux.

En effet, comment pourraient-elles s'accorder? Il est reconnu que des tumeurs de toute nature, situées sous la peau, peuvent provoquer la douleur pathognomonique de l'affection que nous avons étudiée. Quant à dire quelle est l'espèce de tumeurs qui revêt le plus fréquemment cette forme, il ressort de notre étude qu'une affirmation en cette matière serait impossible. Toutefois, il nous semble permis de dire que, si les névromes peuvent constituer dans certains cas des tubercules sous-cutanés douloureux, cette variété de tumeurs est loin d'occuper le premier rang sous ce rapport. Les fibromes paraissent être beaucoup plus fréquents, et peut-être les angiomes s'observeraient-ils, eux aussi, dans des cas assez nombreux. Notre observation est celle d'un angiome. M. Monod en a rassemblé de son côté plusieurs cas, et nous trouvons, dans un certain nombre des observations que nous avons citées, cette indication nette, que dans la tumeur examinée se voyaient des cavités qui n'étaient autres que des foyers pleins de sang et formés par des capillaires dilatés et communiquant entre eux. Enfin, dans bien des cas, au pourtour de la tumeur, se voient des dilatations vasculaires qui ne font que confirmer cette opinion; de sorte que, sans vouloir dire avec Schuh que le plus souvent les tubercules sous-cutanés douloureux sont des tumeurs sanguines, nous nous croyons autorisé à avancer que les angiomes sont assez fréquemment observés dans ces circonstances. Quant aux autres variétés de tumeurs, lipomes, sarcomes, etc., il est évident qu'on a pu les voir revêtir les caractères des tubercules sous-cutanés douloureux, mais que les observations de ces faits sont beaucoup plus rares. Enfin, on aurait remarqué assez fréquemment que les tumeurs paraissent avoir envahi les glandes sudoripares, dans lesquelles, suivant quelques auteurs, elles auraient peut-être pu prendre leur point de départ.

En terminant, nous insistons sur un point dont nous avions déjà dit quelques mots dans le cours de notre étude : c'est sur la dénomination imposée à ces tumeurs. William Wood les a nommées tubercules sous-cutanés douloureux, et depuis ce moment on a laissé subsister cette appellation. Ne serait-il pas à propos de supprimer le mot de tubercule, qui éveille toujours dans l'esprit une

idée bien définie et absolument différente de l'interprétation donnée actuellement à la nature anatomique de l'affection en question ? Ne vaudrait-il pas mieux remplacer ce mot par celui de tumeurs, qui ne préjuge rien au point de vue anatomo-pathologique et embrasser toutes les productions que nous avons étudiées sous la dénomination de tumeurs sous-cutanées douloureuses, dénomination un peu vague, il est vrai, mais qui au moins a le mérite de s'appliquer à tous les néoplasmes offrant les symptômes bien connus de cette affection, tandis que la précédente ne s'applique à aucun ?

Des articulations du squelette dans leurs rapports avec les articulations mécaniques orthopédiques. Paris, 1889.

Ce travail n'est que le court résumé d'une publication importante que je prepare sur ce sujet et auquel le manque de temps m'a jusqu'à présent empêché de mettre la dernière main. J'espère néanmoins qu'il paraîtra prochainement.

Ayant constaté maintes fois que les articulations et les points d'appui des appareils orthopédiques étaient placés presque au hasard, à vue de nez, qu'on me permette cette expression vulgaire qui rend parfaitement ma pensée, par les mécaniciens spécialistes, je me suis demandé s'il était possible de préciser d'une façon presque mathématique les divers points du corps humain où les appareils orthopédiques doivent présenter leurs articulations et prendre leur point d'appui.

Aucun document, aucun travail n'existait à ma connaissance sur ce point. A priori, la chose me parut possible, et je commençai des recherches. Le succès a, je crois, confirmé mes espérances premières, et les données, que je résume dans mon travail et que je me propose d'exposer plus complètement, permettant d'agir désormais avec sûreté, éviteront au malade le port d'appareis défectueux et souvent plus nuisibles qu'utiles et au mécanicien ces retouches nombreuses ou même incessantes qui ne font que nuire à l'ensemble de l'appareil.

J'étudie successivement dans mon travail l'épaule, le coude, le poignet, le bassin, la hanche, le genou, le cou-de-pied et le pied.

Je ne puis ici reproduire les procédés d'investigation que j'ai employés et les recherches nombreuses auxquelles j'ai dû me livrer. Je ferai seulement un court résumé des résultats que j'ai obtenus.

Épaule. — La seule articulation importante au point de vue de la mécanique orthopédique est l'articulation scapulo-humérale. Or, pour déterminer le point où doit se trouver le centre articulaire des appareils où une articulation est nécessaire au niveau de l'épaule, on n'a à s'occuper ni de la tête de l'humérus ni de la cavité glénoïde. Il suffit de délimiter le bord antéro-externe de l'acromion toujours facilement tangible, de prendre le milieu de ce bord et de ce point tirer une ligne aboutissant en bas à la partie antérieure de l'épicondyle. C'est à vingt millimètres au-dessous de l'acromion, sur cette ligne, que doit se trouver le centre vertical articulaire de l'appareil. Chez l'enfant en prenant quinze millimètres ou quinze millimètre 1/2 suivant l'âge, on aura toujours une approximation suffisante.

Coude. — Il est toujours facile de déterminer le point le plus saillant de l'épicondyle et de l'épitrochlée. En comptant perpendiculairement un centimètre au-dessous de l'épicondyle et deux centimètres au-dessous de l'épitrochlée, on aura les deux extrémités de l'axe d'articulation de l'appareil. Je ne puis insister sur les données théoriques et pratiques qui m'ont amené à cette détermination.

Articulation radio-carpienne. — Faire passer par la pointe de chacune des apophyses styloïdes une ligne horizontale et circulaire entourant l'articulation. Tracer ensuite une ligne horizontale et circulaire passant à égale distance des deux précédentes. C'est aux parties latérales de ce trait que correspondront les centres articulaires interne et externe de l'appareil.

Bassin. — Au niveau du bassin j'étudie le siège précis où les appareils doivent prendre leurs points d'appui : l'ischion, la crête iliaque à partir d'un point commençant à vingt-cinq millimètres en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure sur une longueur de quarante à cinquante millimètres. Partout ailleurs, c'est-à-dire sur toute la périphérie pelvienne, la ceinture doit s'appliquer exactement, étroitement, mais en faisant place autant que possible aux saillies osseuses.

L'épine iliaque antérieure et supérieure ne doit jamais servir de point d'appui, ainsi que cela a malheureusement lieu dans beaucoup d'appareils mal faits, qui donnent naissance ainsi à de la douleur et des eschares.

A propos du bassin, je donne quelques considérations sur les ceintures qui peuvent faire partie constituante d'appareils dont les autres portions s'appliquent soit sur le thorax et la tête, soit sur le membre inférieur, c'est-à-dire d'appareils redresseurs pour la colonne, les côtes ou la hanche, ou d'appareils destinés à suppléer plus ou moins complètement ou à redresser le membre inférieur.

J'étudie aussi la position à donner aux tuteurs postérieurs, qui doivent désormais remplacer le tuteur unique médian dorsal, et aux tuteurs latéraux, et j'étudie la situation de l'articulation postérieure des minerves destinées au redressement ou à la mobilisation de la tête. Il suffit de suivre le bord inférieur du maxillaire inférieur, d'y tracer une ligne et de la prolonger en arrière horizontalement, la tête étant droite. C'est au pôle postérieur, situé sur la jonction de ce trait avec le plan médian antéro-postérieur du corps que doit être l'articulation.

Hanche. — Pour déterminer le siège de l'articulation entre la ceinture pelvienne et le cuissard, il suffit de tracer sur la peau une ligne correspondant au bord supérieur du grand trochanter tangible au-dessous des téguments. Cela fait, on déterminera facilement le milieu de cette ligne. C'est au point correspondant exactement à ce milieu que devra être placé le centre articulaire de l'appareil, chez l'adulte et chez l'enfant.

Genou. — Aucun point d'appui ne doit être pris sur l'extrémité supérieure du péroné, sous peine de voir survenir chez le malade de vives douleurs, de la douleur, des eschares, etc.

Ce principe posé, il importait de préciser nettement : *a*) à quel point exact doit correspondre l'articulation pour les appareils prothétiques et orthopédiques et aussi ; *b*) où l'on doit prendre le point d'appui inférieur dans les appareils allant du bassin au genou, tels, par exemple, que l'appareil à coxalgie de M. le professeur Le Fort.

a) Au premier point de vue il faut déterminer d'une part l'inter-

ligne articulaire, et d'autre part le bord supérieur du condyle interne du fémur; faire passer par chacune de ces lignes un trait horizontal antéro-postérieur, puis entre les deux traits et à égale distance de chacun d'eux, tirer une autre ligne horizontale antéro-postérieure.

On fera la même manœuvre sur la partie externe de l'articulation, et on aura ainsi deux lignes horizontales et antéro-postérieures, l'une externe, l'autre interne.

Mais, en raison même de l'inclinaison du fémur sur le tibia, ces deux lignes ne seront pas au même niveau : l'externe sera située sur un plan un peu plus bas que l'interne.

On mesurera cette différence, on en prendra la moitié, on reportera cette moitié au-dessous de la ligne la plus élevée, c'est-à-dire de l'interne, et par le point ainsi déterminé on tracera autour de l'articulation une ligne hori zontale et circulaire.

C'est sur les parties latéra les de cette ligne que devront se trouver les articulations interne et externe de l'appareil.

Certes, il eût mieux valu que l'axe transversal de cette partie de l'appareil fût oblique comme celui du genou, au point de vue théorique ; mais, au point de vue pratique, il y a là une nécessité de construction à laquelle nous devons obéir et qui est la non-obliquité de l'axe.

Prenant alors la dimension antéro-postérieure du genou, le centre articulaire, en dehors et en dedans, devra être placé sur la ligne horizontale et circulaire précédemment tracée à quinze millimètres en arrière du milieu de cette dimension chez l'adulte, à huit ou dix chez l'enfant suivant l'âge.

b) Le point précis où doivent s'appuyer les plaques sus-condyliennes, dans les appareils du genre de celui que M. le professeur Le Fort a inventé pour la guérison de la coxalgie, doit être pris non sur le bord supérieur lui-même du condyle interne du fémur à cause du relief des muscles qui ne pourront être déprimés à ce niveau et provoqueront le glissement de la plaque, mais à 2 centimètres au-dessus. A cette hauteur les muscles s'enfonceront sous une légère pression et formeront un coussinet qui contribuera à rendre cette pression plus supportable, et la plaque portera ainsi

non plus sur le haut de la face périphérique du condyle, sur lequel elle tendrait à glisser, mais bien plutôt sur la partie périphérique de la face supérieure de ce condyle, sur laquelle elle reposera solidement et d'où elle ne pourra être délogée.

Articulation tibio-tarsienne. — On marquera d'un trait l'interligne antérieur, qui peut toujours être senti en avant des malléoles, entre ces malléoles et les tendons antérieurs du cou-de-pied ; on prolongera cette ligne sur le côté externe et on indiquera un point à égale distance de cette ligne et du sommet de la malléole externe.

Ce point indiquera le milieu environ de cette malléole.

L'axe articulaire de l'appareil devra passer par ce point et être horizontal.

Pied. — Ici, en faisant abstraction des mouvements de flexion et d'extension totales que nous avons étudiés dans l'articulation précédente, les appareils peuvent avoir à remédier à deux déviations principales du pied : une déviation consistant dans l'enroulement du pied, ainsi que l'on dit en pathologie, et une autre déviation consistant dans la rotation du pied en dedans. Ces deux déviations s'associent d'ailleurs fréquemment, et l'on est obligé alors de combiner dans les appareils les deux mouvements mécaniques destinés à s'y opposer.

Après de longues expériences nous sommes arrivé à conclure que, quelques complications que présentent les articulations diverses du pied entre elles et leurs déviations, on peut, au point de vue pratique, considérer le mouvement défectueux comme se produisant presque entièrement dans l'articulation médio-tarsienne, c'est-à-dire dans l'articulation qui se fait entre la rangée anterieure et la région postérieure du tarse.

Lorsqu'on agit sur cette articulation et qu'on remédie à ces déviations, il est à remarquer que les autres déviations, toujours plus légères, se corrigent d'elles-mêmes.

Je fais ici abstraction, bien entendu, des cas où l'intervention opératoire est jugée indispensable ou utile, c'est-à-dire des cas où existent des déformations osseuses non justiciables de l'orthopédie et nécessitant des opérations spéciales.

Le mouvement d'enroulement doit être combattu par une pédale

dont la partie antérieure tourne autour de la postérieure de façon que l'avant-pied soit peu à peu ramené dans l'axe de l'arrière-pied. Le centre de cette articulation, formé par un pivot vertical, doit se trouver au milieu d'une ligne horizontale et transversale passant en dehors du tubercule du scaphoïde et traversant la plante du pied. C'est là le centre du mouvement que j'ai appelé mouvement de déroulement.

Quant au mouvement de rotation en dedans, il sera combattu en ramenant fortement la plante du pied en dehors. Ce résultat sera produit par un mouvement de la partie antérieure de la pédale autour de sa partie postérieure suivant une circonférence verticale et transversale.

Le diamètre horizontal de cette circonférence n'est autre que la ligne indiquée précédemment.

Mais, comme il est impossible de mettre au même niveau les deux articulations de l'appareil, on les placera aussi près que possible du point exact, l'une en avant, celle qui agit suivant l'axe antéro-postérieur, l'autre, ou celle de déroulement, en arrière.

Enfin, dans les appareils destinés à obtenir le redressement du pied bot varus, il est encore un mouvement que l'on cherche à réaliser.

C'est un mouvement de latéralité ou de rotation en dedans non plus de la partie antérieure du pied sur la partie postérieure, mais de tout le pied dans son ensemble. Il est obtenu par une attelle à coulisse située sur le côté de l'appareil et mise en mouvement par une vis à marteau placée à la partie externe entre l'articulation malléolaire externe et le niveau de la plante du pied. Le point exact d'application de cette vis ne nous paraît pas indifférent, car c'est à son niveau que l'attelle externe se coude pour permettre au pied de se tourner en dedans. Elle doit être située immédiatement au-dessous de la tête de compas qui s'articule sur la malléole externe, à un centimètre environ au-dessous de l'articulation malléolaire externe de l'appareil.

Je n'insiste pas ici sur les autres parties de l'appareil, qui servent à le fixer, à le mouvoir et à incliner la partie antérieure sur la postérieure, courroies, lacs élastiques, etc. Elles vont s'attacher

à la fois sur des leviers adaptés à la pédale et sur un bracelet jambier.

Toutes ces parties constituantes seront décrites dans le travail que j'ai en préparation et qui paraîtra bientôt ; mais j'ai cru devoir ici donner le résumé des recherches que j'ai entreprises et qui, fondées sur l'expérimentation, donneront à la pratique une sûreté et une exactitude à peu près complètes, au lieu des tâtonnements et des incertitudes qui existaient jusqu'à ce jour.

II

ARTICLES D'ENSEMBLE



DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Article Veines. Anatomie et physiologie.

Dans cet article sont exposées toutes les recherches sur les veines, tant au point de vue de l'anatomie générale que de la physiologie.

Les canaux de sûreté y sont en particulier étudiés avec soin, ainsi que toutes les anastomoses veineuses en général et leur influence sur la circulation, d'après les travaux les plus récents.

Je signalerai spécialement le chapitre consacré au développement des veines et du système veineux.

III

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

Analyse de travaux et comptes rendus publiés dans les Archives générales de médecine. *Archives générales de médecine*, 1887.

Je signalerai seulement :

1° Le compte rendu des thèses d'agrégation du concours de 1886. Ce compte rendu est accompagné d'un résumé sur les sujets traités par les auteurs et d'une appréciation sur les conclusions qu'ils en ont tirées. (*Archives générales de médecine*, 1886.)

2° L'analyse des deux volumes publiés par M. le Dr Gilles de la Tourette sur :

a) Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines de Loudun.

b) L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal.

Ces analyses sont accompagnées d'appréciations sur les services que peuvent rendre les études de M. Gilles de la Tourette sur la possession et l'hypnotisme en médecine légale.

IV

OBSERVATIONS, PRÉSENTATION DE PIÈCES, ET RECHERCHES CLINIQUES



Observation de fêlure des parois de l'orbite au niveau du canal sous-orbitaire (in thèse inaugurale du docteur Jérome Loverdos. *Fractures du plancher de l'orbite, siégeant surtout au niveau du trou sous-orbitaire*. Paris, 1882).

Lorsque nous avions l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Panas, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de fêlure des parois de l'orbitre au niveau du canal sous-orbitaire. Cette variété de fracture, étudiée d'abord par Hiffelsheim en 1853, a été, comme on le sait, l'objet d'un travail important de M. le professeur Dubrueil, de Montpellier. Les observations de cette variété de traumatismes sont peu fréquentes, et dans la nôtre, que nous avons communiquée à M. Loverdos sur l'autorisation de M. le professeur Panas, tous les signes immédiats classiques existaient. En voici un court résumé :

Le nommé S..., Théodore, âgé de 30 ans, employé, se présente le 25 janvier 1882 au matin à la consultation externe de la clinique ophtalmologique de la Faculté. Il nous raconte que, la veille, il a fait une chute haute d'un mètre et que, dans l'accident, la région malaire droite a porté sur le coin d'une table. Immédiatement après, gonflement considérable des paupières et violentes douleurs de tête. Quand il se mouche, il lui semble que l'œil tend à sortir de l'orbite.

Large ecchymose à la paupière supérieure. Petite ecchymose sous-conjonctivale en dehors de la cornée.

Emphysème des deux paupières, plus marqué à la paupière supérieure.

Épistaxis renouvelées plusieurs fois, surtout la nuit.

Aucune douleur à la pression, si ce n'est au niveau du trou sous-orbitaire.

L'hémianesthésie de la lèvre supérieure, qui a existé dans beau-

coup d'observations semblables, n'est apparue que trois jours après l'accident.

Le traitement a consisté seulement en applications de compresses d'eau glacée. Au bout de huit jours le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Cette observation est certainement très intéressante au point de vue de la netteté de l'étiologie et des symptômes. C'est pourquoi nous nous sommes cru autorisé à en indiquer la teneur en quelques mots.

Trois observations de fractures anciennes de la rotule (in thèse inaugurale du Dr CHAPUT. *Des fractures anciennes de la rotule. Anatomie et physiologie pathologique. Pronostic et traitement.* Paris, 1885).

Dans sa thèse M. Chaput s'est attaché à démontrer quelle pouvait être l'influence ultérieure, sur les fonctions du membre, de la nature de la consolidation, de la longueur du cal fibreux et des déformations consécutives des fragments.

Il classe ainsi les trois observations que nous lui avons communiquées :

1° 3e type : rotule augmentée de longueur, correction par un cal court et flexible.

P..., 43 ans. Avant sa suture osseuse, fragment supérieur : 4 cent. Écartement : quelques millimètres. Fragment inférieur : 4 cent. Hauteur totale : 8 cent. Flexion à angle droit au bout de quelques mois.

Ce malade a subi la suture ultérieure de la rotule, et nous avons relevé ensuite ce qui suit :

Après la suture, fragment supérieur : 3 cent. Écartement : quelques millimètres. Fragment inférieur : 3 cent. Hauteur totale : 6 centim. 1/2. Flexion pas tout à fait à angle droit au bout de sept mois.

2° Type 4 : ascension notable du fragment supérieur, cal s'allongeant par la flexion, arrêt de la flexion par le fragment supérieur, dont le tubercule d'arrêt vient heurter la crête articulaire.

T..., 28 ans. Trois ou quatre mois d'immobilisation. Fragment supérieur : 2 cent. Écartement : 2 centim. Fragment inférieur : 3 cent. 1/2. Hauteur totale : 7 cent. 1/2.

Les distances de l'épine du tibia au bord supérieur de la rotule n'ont pas été recherchées. Flexion : quelques degrés au bout de quelques mois.

3° Type 1.

F..., après une entorse de son cal, s'est décidé à se faire suturer la rotule par M. le professeur Duplay.

Il est probable que la réunion osseuse ne s'est point faite ; mais, si on l'eût obtenue, la rotule aurait mesuré 8 à 9 cent. Avec une longueur pareille la flexion eût été très empêchée.

Ces trois observations sont consignées dans la thèse de M. Chaput, aux pages 27, 34, 20.

Cancer encéphaloïde du rein. *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 519-520, séance du 4 décembre.

Cette observation nous a paru intéressante à publier à cause de :

1° L'énorme volume du rein droit atteint de cancer encéphaloïde et totalement envahi : il pesait 985 grammes. Sa longueur était de 22 centim., sa largeur et son épaisseur de 10. Or, on sait, ainsi que l'écrit M. le professeur Le Dentu (Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales. Paris, 1889), que chez l'adulte, le rein cancéreux n'offre pas d'ordinaire un très grand développement et double rarement de volume. Cette augmentation des dimensions aurait été certes une grande difficulté pour l'opération si elle eût pu avoir lieu ; mais elle était contre-indiquée dans notre observation par l'état profondément cachectique du malade, qui mourut subitement de syncope quelques jours après son entrée dans le service de M. le professeur Duplay.

2° L'état du rein du côté opposé, congestionné, plus gros qu'un rein normal, comme il était à prévoir puisqu'il devait suppléer son congénère du côté opposé.

3° La propagation au foie, où on trouvait un semis de grains

cancéreux ayant envahi tout l'organe, mais surtout le lobe gauche. Les autres viscères, pas plus que la colonne vertébrale, ne présentaient aucune altération.

Épithélioma de la vessie. *Bull. de la Soc. anat*, 1885, p. 520-521, séance du 4 décembre.

L'intérêt de l'observation réside dans la généralisation des lésions à toute la surface interne de la vessie et dans l'obstruction presque complète de l'embouchure de l'uretère gauche par la masse cancéreuse, sans qu'il y ait jamais eu aucun symptôme d'urémie.

Toute la surface interne de la vessie était recouverte uniformément de fongosités qui obstruaient aussi le col. Ces fongosités formaient sur certains points des masses considérables, qui étaient situées en trois points principaux : une au niveau du col, une autre vers la partie supérieure, une troisième au niveau de l'uretère gauche. De plus, ces fongosités étaient plus nombreuses et plus saillantes au bas-fond et à la face postérieure. La troisième masse formait un champignon énorme qui obstruait presque complètement l'embouchure de l'urèthre, qui était très dilaté.

Toute intervention fut jugée impossible en raison de l'état général et de l'état local révélé par l'examen clinique.

Observations d'ablation de végétations des organes génitaux externes par la méthode de M. le professeur Le Fort (écrêpage) (in thèse inaugurale du Dr H. Rebillard. *Du traitement des végétations des organes génitaux externes.* Paris, 1888).

Dans cette thèse, l'auteur s'applique à démontrer que, sans parler des divers procédés médicaux dont l'inefficacité est reconnue depuis longtemps, que les récidives après l'application des procédés chirurgicaux, sont dues à la disposition anatomique de la végétation elle-même. Cette production est composée de deux parties, qu'on peut comparer à la tête et à la tige d'un clou. Il est donc nécessaire d'enlever non seulement la tête, ainsi que cela a

lieu dans la plupart des procédés employés, mais encore la tige. À cet effet, on doit se servir non pas d'un instrument tranchant, qui sépare l'une de l'autre les deux parties de la fongosité, n'enlève que la tête et laisse la tige, mais d'un instrument un peu mousse, tel qu'une branche de ciseaux démontés, qui provoque un léger arrachement et enlève les deux portions. On est ainsi à l'abri de la récidive. Nos observations, insérées dans cette thèse, sont à l'appui de cette pratique.

Observation de sarcome pur de la parotide, in thèse inaugurale du Dr Luis Rodriguez. *Contribution à l'étude du sarcome de la parotide* (sarcome pur). Paris, 1890.

Bien que, dans l'immense majorité des cas, les sarcomes de la parotide, comme la plupart des tumeurs de cette glande, soient des sarcomes mixtes, on y observe aussi le sarcome pur. Quoique rare, il est plus fréquent qu'on ne le pense généralement, et il y est le plus souvent encapsulé. Dans la grande majorité des observations, le système ganglionnaire reste indemne, sauf dans le sarcome mélanique, et jamais les sarcomes purs de la parotide, quel que soit leur volume, n'adhèrent au paquet vasculo-nerveux du cou.

Le diagnostic du sarcome pur de la parotide est cliniquement impossible. On peut dire sarcome, d'après les symptômes observés, mais rien de plus.

L'évolution est très lente, exceptionnellement rapide, et la grossesse, ainsi que la menstruation, donnent lieu à des poussées.

La généralisation est très rare, mais on observe souvent la récidive sur place, quelquefois à longue échéance.

L'extirpation est le seul traitement : facile quand la tumeur est encapsulée, elle doit devenir l'ablation totale de la glande, quand celle-ci est prise en entier. Cette ablation totale est possible, dans les sarcomes, d'autant qu'il n'y a pas d'adhérences au paquet vasculo-nerveux du cou. Elle amène fatalement la destruction du nerf facial et de la carotide externe, à moins d'anomalies dans les rapports. On doit toujours poursuivre les récidives.

Dans notre observation, la tumeur, qui datait de 7 ans et s'était développée, comme d'ordinaire, chez un jeune sujet (femme de 22 ans), avait subi une augmentation rapide depuis un an et triplé do volume dans les six derniers mois. Elle offrait le volume d'un œuf de dinde. Il n'y avait pas de paralysie faciale, ce qui est un symptôme classique de ces tumeurs. Aucune douleur ; un peu de gêne seulement, lors des mouvements de mastication et de latéralité du cou. Aucun trouble ni dans la déglutition, ni dans l'audition. Les pulsations de la temporale sont normales et semblables à celles du côté opposé. Le lobule de l'oreille est soulevé, mais non déroulé.

L'énucléation fut des plus faciles ; le manche du bistouri et une spatule y suffirent. Surtout la tumeur était enveloppée d'une couche cellulaire très nette, et à aucun instant je n'eus même la crainte de blesser les organes importants, vasculaires et nerveux de la région.

A l'examen microscopique on trouva tous les caractères du sarcome fasciculé : tumeur fibro-plastique de Lebert.

Dix-huit mois plus tard, je revis la malade, qui ne présentait à ce moment aucune trace de récidive.

Lipomes symétriques avec troubles nerveux. *Observation inédite communiquée* à M. CHAVANNE, interne des hôpitaux de Paris, pour un travail qui va paraître prochainement.

M. Chavanne se propose d'étudier les lipomes symétriques d'une part, et d'autre part la relation entre l'apparition des lipomes, en certaines régions, et certains troubles de la sensibilité. Notre observation vient à l'appui des conclusions de l'auteur.

Il s'agit d'une dame d'une trentaine d'années, qui portait, un peu au-dessus de l'articulation du coude de chaque côté, une petite masse grosse comme une noix environ, dont la nature parut à l'examen clinique être lipomateuse. L'ablation, demandée par la malade, démontra qu'il en était ainsi.

Ce qui donne ici un certain intérêt à l'observation, c'est que,

outre la symétrie de la tumeur, la malade présentait dans les deux bras et les deux avant-bras, des troubles notables et évidents de la sensibilité ; plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie. De plus, elle était nettement hystérique. Aucun lipome n'a été observé chez elle sur les autres parties du corps.

Observation de restauration des paupières par la greffe cutanée (in thèse inaugurale de José L. Amorin. *De la restauration des paupières par la greffe cutanée.* Paris, 1890).

Dans cette thèse, l'auteur a pour but de démontrer que la greffe cutanée peut être employée avec succès pour la restauration des paupières. Il attribue à M. le professeur Le Fort l'honneur d'avoir le premier pratiqué cette opération autoplastique en 1869. Nous avons eu l'heureuse chance d'avoir observé, pendant notre clinicat à l'hôpital Necker, un malade opéré par ce procédé, et nous croyons que cette antoplastie est assez intéressante pour que nous puissions en résumer ici l'observation :

Le nommé X..., charretier, âgé de 47 ans, entre au commencement de l'année 1888 à l'hôpital Necker, pour une plaie insignifiante de la main. Il est en même temps porteur d'un ectropion de la paupière inférieure gauche, pour lequel il désire être soigné. Cet ectropion développé spontanément, sans qu'il y ait aucune plaie antérieure, s'est peu à peu développé ; il a débuté il y a dix ans, et depuis deux ans présente son aspect actuel.

Au moment de l'entrée du malade, on constate un renversement notable de la paupière inférieure en dehors, surtout dans sa moitié externe. La muqueuse conjonctivale est rouge, saillante, formant un bourrelet très accentué. Elle ne présente pas d'ulcérations et la cornée n'est point ulcérée. Du larmoiement habituel accompagne la déformation, mais n'a point occasionné de rougeur ni d'excoriation de la joue.

M. le professeur Le Fort excise aux ciseaux la partie exubérante du bourgeon conjonctival et réunit les deux lèvres de la conjonctive par deux points de suture à la soie. De plus, le redressement n'étant

pas complètement obtenu par ces points, il passe dans le cul-de-sac conjonctival deux longs fils doubles, dont l'anse reste au fond du cul-de-sac et dont les chefs sortent sur la joue.

En tirant sur ces chefs on redresse complètement la paupière ; mais, la peau située au-dessous se trouvant très tendue, M. le professeur Le Fort fait une incision libératrice transversale, mesurant à peu près la largeur de la paupière. Les deux lèvres s'écartent aussitôt et restent éloignées au milieu de l'incision d'un peu plus d'un centimètre. Alors, prenant sur la face externe du bras gauche du malade un lambeau de peau suffisant pour recouvrir la plaie, M. le professeur Le Fort l'applique sur elle simplement sans faire de sutures. Il le recouvre d'une bande de taffetas gommé par-dessus lequel on place du coton hydrophile et une bande.

Je n'insiste pas ici sur l'ablation des sutures conjonctivales, qui fut faite en temps utile.

Quant au lambeau appliqué, on prit les plus grandes précautions pour ne pas le déplacer, et ce n'est qu'au bout de dix jours qu'on enlève avec précaution le taffetas gommé. A ce moment, on ne trouve plus trace de la moitié interne du lambeau, qui s'était sphacélée. Seule, la moitié externe avait résisté et s'était réunie aux parties profondes et aux bords de la plaie. On fit de nouveaux pansements pour obtenir la guérison de la moitié interne de la plaie, qui se cicatrisa par bourgeonnement. La plaie du bras s'était réunie en quelques jours, par première intention.

Au bout d'un mois, lorsque le malade quitta l'hôpital, l'ectropion avait disparu. Au niveau de la moitié externe de l'incision libératrice on constatait encore très bien la présence de ce qui restait du lambeau cutané, sous forme d'une partie étroite d'une blancheur qui contrastait nettement avec les parties avoisinantes, assez pigmentées chez le malade. D'ailleurs, cette différence de coloration tendait peu à peu à s'effacer.

Dans ses conclusions, M. Amorin conseille cette pratique et fait cette remarque, inspirée par nous, que, si la greffe cutanée échoue, on aura, du moins, la satisfaction de ne pas avoir aggravé la situation du malade. Cet avantage n'a pas lieu, on le sait, avec la plupart des autres opérations pratiquées contre l'ectropion.

Deux observations de carie dentaire radiculaire avec fistule externe, traitée par la trépanation de la racine. Guérison absolue.

Ces deux observations inédites ont été communiquées par moi à M. le Dr Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour une leçon clinique qu'il fit il y a quelque temps à l'hôpital Laënnec. Elles seront ultérieurement publiées.

Elles ont trait toutes deux à de jeunes femmes que j'eus l'occasion d'observer et qui portaient au niveau de la région sous-hyoïdienne médiane une fistule persistante depuis longtemps, s'ouvrant et se refermant tour à tour. Le fin stylet qu'on pouvait y introduire ne révélait aucune lésion de l'os maxillaire inférieur, et tous les traitements ordinairement mis en usage dans ces conditions avaient échoué. Instruit par un cas de M. le professeur Le Fort dont j'avais connaissance, je crus pouvoir diagnostiquer une carie de la racine de la dent correspondante à la fistule qui était dans un cas une incisive latérale, dans l'autre la canine, et cela, bien qu'il n'y eût aucun symptôme subjectif ou objectif du côté du système dentaire. Je proposai la trépanation de la racine dentaire incriminée par l'intérieur de la cavité buccale et prédis la guérison spontanée de la fistule après cette opération. Cette intervention minime fut acceptée, et pratiquée dans un cas par un dentiste, dans l'autre par moi-même. Je n'insiste pas sur les détails de l'opération, qui fut d'une simplicité extrême. Je dirai seulement que mes prévisions se réalisèrent et qu'au bout de peu de temps la guérison de la fistule fut obtenue spontanément sans qu'on intervînt sur elle-même en aucune façon.

Ces observations m'ont paru fort intéressantes. En effet, il s'agit d'une affection à propos de laquelle je n'ai rien trouvé, au moins dans les ouvrages que j'ai pu consulter.

Lorsque donc on se trouvera en présence d'une fistule de la région sus-hyoïdienne en rapport avec le siège des dents, fistule le plus souvent peu considérable, donnant peu de pus, souvent s'ou-

vrant et se fermant alternativement, lorsque d'une part les commémoratifs (contusion, coup, fracture, opération, etc.) seront absents qui pourraient faire penser à une lésion de l'os maxillaire inférieur lui-même, lorsque d'autre part l'examen minutieux au stylet ne révélera aucune lésion de cet os, lorsque le système ganglionnaire de la région sera mis hors de cause, on sera en droit de conclure à la présence d'une carie radiculaire d'une dent ayant perforé peu à peu l'os soit au niveau de son bord inférieur, soit au niveau de la partie inférieure de l'alvéole et étant venue se faire jour au dehors par une fistule cutanée. Le trajet osseux doit être souvent extrêmement fin, presque imperceptible ; il n'y a d'ailleurs pas lieu de s'en inquiéter au point de vue de l'intervention, qui sera pratiquée vers le sommet de l'alvéole par l'intérieur de la cavité buccale au moyen le plus souvent d'un perforateur et d'une fine curette. La fistule guérit ensuite d'elle-même.

Le résultat final ne peut être qu'excellent, ainsi d'ailleurs que le montrent les quelques cas, encore rares, rassemblés par M. G. Marchant pour sa leçon clinique.

Ces observations doivent devenir, il nous semble, d'une grande utilité pour les chirurgiens, car ce sont eux qui seront consultés pour ces fistules, et le seul moyen de guérir les malades sera un diagnostic exact, qui préserve d'une intervention plus large et plus déformante et permettra de traiter radicalement par une intervention minime une affection essentiellement défigurante et persistante.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE